



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
CURSO DE NUTRIÇÃO

SELETIVIDADE ALIMENTAR EM CRIANÇAS: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Anny Karinny Barros de Carvalho
Maria Cláudia Silva

Brasília, 2018

1. INTRODUÇÃO

Dificuldades alimentares ocorrem quando os pais e cuidadores encontram alguma resistência em suprir alimentos ou nutrientes à criança. Trata-se de um problema descrito pela maioria dos pais, podendo refletir negativamente no estado nutricional da criança, gerando grande preocupação e causando situações estressantes para a família (MARANHÃO et al., 2011).

Segundo Almeida et al. (2012), acredita-se que 8 a 50% das crianças possuam dificuldade alimentar, a depender dos critérios diagnósticos utilizados. Pode ser uma situação passageira que ocorre em uma determinada fase ou pode ser persistente.

Boas ou más práticas alimentares, que vão desde a gestação até os dois anos de idade tem repercussão por toda a vida. Apesar de campanhas e orientações relacionadas ao leite materno como única fonte de alimento até os seis meses de idade, a duração do aleitamento materno nem sempre é estabelecida por acreditarem que seja insuficiente. A introdução alimentar (IA) adequada a partir dos seis meses é necessário para a manutenção do estado nutricional e de saúde da criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Muitas crianças que possuem dificuldades alimentares desenvolvem uma seletividade alimentar (SA), acredita-se que exista uma relação entre a duração reduzida do aleitamento materno e a introdução alimentar precoce com o desenvolvimento desse comportamento, também conhecida como *pick eating* (MARANHÃO et al., 2011).

A SA caracteriza-se principalmente por recusa alimentar, pouco apetite e desinteresse pelo alimento. Quando esse comportamento está presente em ambientes familiares desfavoráveis, pode acentuar-se e permanecer até a fase adulta. Nem sempre a família está preparada para lidar com esta restrição, a impaciência dos familiares para a criança comer pode levar a substituição de alimentos saudáveis por aqueles de baixo valor nutritivo, os quais normalmente fazem parte das preferências dos seletivos (SAMPAIO et al., 2013).

É de extrema importância uma revisão mais aprofundada de estudos sobre a SA, pois ainda é escasso o acesso ao tema e desconhecido por grande parte da população. Informações mais consistentes podem orientar os pais e cuidadores a

identificar o distúrbio, procurar um tratamento adequado e também auxiliar os profissionais da saúde no tratamento da SA. É necessário revisar os conceitos de avaliação, para obter uma melhor caracterização do comportamento e propor medidas eficazes para o problema, amenizando as consequências de um comportamento alimentar que deve ser abordado de forma individualizada, para que a criança possa evoluir gradativamente, proporcionando o crescimento e desenvolvimento adequado.

Portanto o objetivo desse estudo será compreender quais são as dificuldades alimentares de crianças que desenvolvem SA, sua associação com práticas alimentares e estado nutricional, relatar suas limitações, hábitos alimentares, fatores associados ao problema e técnicas de terapia nutricional e Educação Alimentar Nutricional (EAN) aplicadas pelo nutricionista no tratamento.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo primário

Compreender quais são as dificuldades alimentares de crianças que desenvolvem seletividade alimentar, e sua associação com práticas alimentares e estado nutricional.

2.2 Objetivos secundários

- ✓ Identificar as características e limitações das crianças que apresentam dificuldades alimentares e desenvolveram seletividade alimentar;
- ✓ Relacionar a seletividade alimentar com práticas alimentares pregressas;
- ✓ Relatar sobre hábitos alimentares e estado nutricional de crianças que desenvolveram seletividade alimentar;
- ✓ Discutir a prática de Terapia Nutricional e Educação Alimentar Nutricional (EAN) aplicada pelo nutricionista no tratamento da seletividade alimentar.

3. MÉTODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

Foi realizada uma revisão bibliográfica sobre crianças com dificuldades alimentares, ou seja, seletividade alimentar.

3.2 Metodologia

Este estudo de revisão foi desenvolvido por meio de pesquisas com embasamento científico, utilizando-se artigos publicados em revistas, livros, publicações oficiais do Ministério, documentos legais disponíveis na internet, artigos científicos e projetos de monografia.

Para a realização desse estudo foram analisadas publicações do período de 1996 a 2018. As línguas utilizadas na pesquisa foram português e inglês. Como estratégia de busca nas bases de dados foram utilizadas palavras chaves como: seletividade alimentar, crianças seletivas, introdução alimentar, dificuldades alimentares, pick eating, nutrição infantil, comportamento alimentar, transtornos alimentares e educação alimentar nutricional. As bases de dados utilizadas nessas pesquisas foram BIREME, SCIELO, artigos publicados em revistas e documentos legais disponíveis.

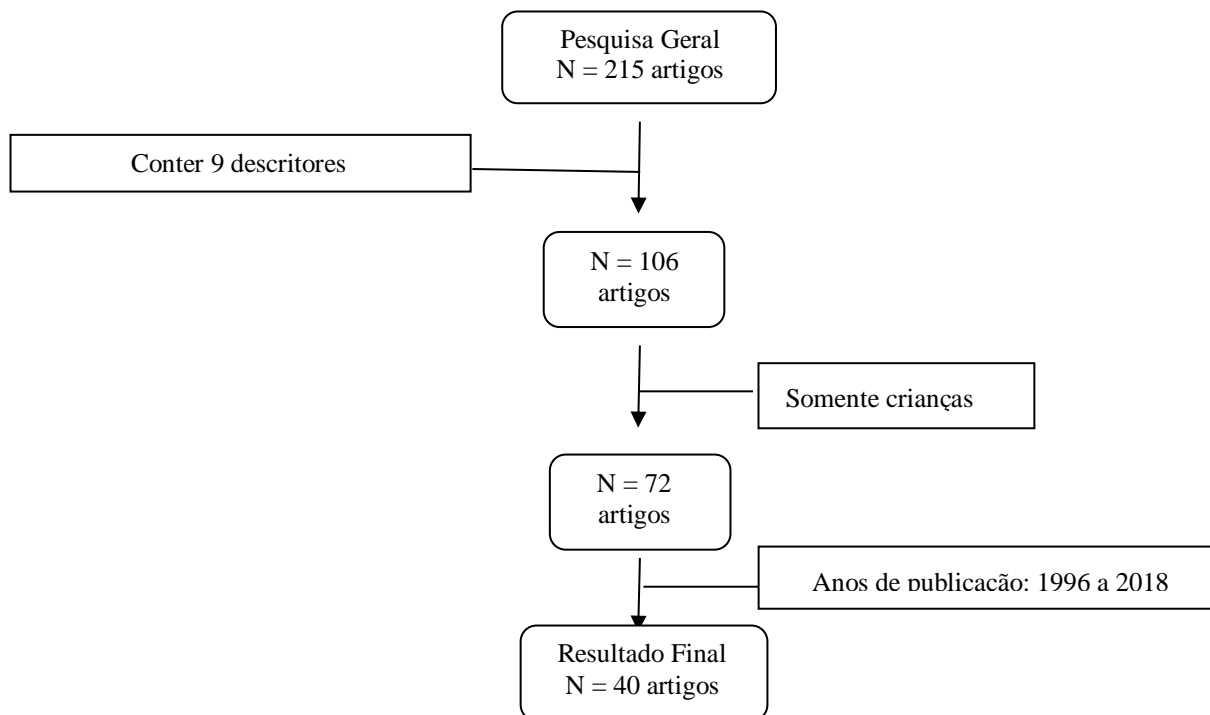
3.3 Análise de dados

Foram pesquisados em torno de 40 artigos, a análise será feita pelo título, introdução e resumo. Desses foram excluídos aqueles que tinham assuntos divergentes do tema proposto para o projeto e não atingiam o público-alvo.

Em seguida, empreender-se uma leitura minuciosa e crítica dos manuscritos para identificação dos núcleos de sentido de cada texto e posterior agrupamento de subtemas que sintetizem as produções.

4. REVISÃO DA LITERATURA

Mediante os critérios de inclusão e exclusão de artigos, foram selecionados 215 artigos para a presente revisão. Como critério de exclusão foram utilizados 9 descritores, seletividade alimentar, crianças seletivas, introdução alimentar, dificuldades alimentares, pick eating, nutrição infantil, comportamento alimentar, transtornos alimentares e educação alimentar nutricional. Após a inclusão dos descritores foram selecionados 106 artigos, somente com a inclusão dos descritores crianças ocorreu redução para 72 artigos, utilizando os anos de 1996 a 2018 chegou ao resultado final de 40 artigos finais.



4.1 Conceito de Seletividade Alimentar

Ter uma alimentação saudável e bons hábitos alimentares é de extrema importância para manutenção da saúde e do bem-estar e contribui para o desenvolvimento fisiológico, crescimento e produtividade por toda vida (FISBERG et al.,2014). Além disso, a diversidade da dieta dos seres humanos traz vantagens

adaptativas e a oportunidade de escolhermos o que e como nos alimentar (LOPES et al., 2006).

Os hábitos alimentares e o padrão alimentar das crianças são desenvolvidos desde muito cedo, e estão associados a significados sociais e culturais, podendo refletir nas escolhas, preferências e rejeições aos alimentos, e com experiências podem evoluir ou modificar-se ao longo dos anos (Birch, 1999; Wardle & Cooke, 2008).

Há comprovações de que as preferências pelo sabor-nutriente são aprendidas antes mesmo do desmame e o sabor dos alimentos tem influência nas escolhas de consumo alimentar (MYERS; SCLAFANI, 2006). A alimentação estabelece o primeiro contato entre mães e filhos, que com o tempo passa por uma série de mudanças até a fase em que a criança começa se alimentar de forma mais independente, porém em algumas situações essas mudanças não são muito bem aceitas, gerando dificuldades em relação à alimentação, chegando a afetar de 25% a 40% dos lactentes e crianças pequenas (FISBERG et al., 2014). Segundo Maximino (2016), grande parte das crianças tende a desenvolver alguma dificuldade alimentar, como falta de interesse nas refeições, recusa alimentar, birras, exigências, agitação excessiva, pouco apetite e refeições com longa duração. Na literatura é possível encontrar descritas as principais dificuldades alimentares na infância com as respectivas características como apresentado no quadro 01.

Quadro 1 Perfis de dificuldades alimentares na infância, segundo Kerzner,¹ e suas características.

Perfis	Características
Interpretação equivocada dos pais	Era pequeno ao nascer ou prematuro Tem um ou ambos os pais que são pequenos ou cresceram lentamente Parece saudável e ativo
Ingestão altamente seletiva	Come um número limitado de alimentos Recusa alimentos por causa de cheiro, gosto, textura, temperatura e/ou aparência Só aceita alimentos preparados de uma forma específica Reluta em experimentar novos alimentos
Criança agitada com baixo apetite	Não demonstra interesse em comida Para de comer após algumas colheradas Constantemente tenta sair do cadeirão ou da mesa Gosta de brincar ou interagir com pessoas as quais está familiarizado
Fobia alimentar	Chora ao ver o alimento ou objetos relacionados à alimentação É intensamente resistente à alimentação Começou a recusar comida após experiência ruim com alimento, como vômito ou asfixia É ou foi alimentado por sonda e sente medo de comer
Criança com distúrbio psicológico ou negligenciada	É arreadio, arisco e se irrita facilmente Balbucia, fala pouco, não sorri Mostra pouco interesse em brincar

Dentre todos os perfis de dificuldades alimentares observados na infância, Micali et al. (2011) através de dados de uma coorte inglesa na qual foram avaliadas 1.327 pares de crianças e pais, concluíram que os mais citados por grande maioria dos avaliados foram comer pouco e ingestão alimentar altamente seletiva ou seletividade alimentar. A SA é uma das principais e mais frequentes dificuldades alimentares observadas, e geralmente tem início no período IA de sólidos, caracteriza-se por recusa alimentar, pouco apetite e desinteresse pelo alimento (SKINNER; CARRUTH; WENDY, 2002; ABREU; FISBERG, 2003).

Crianças consideradas seletivas apresentam ingestão restrita a alguns alimentos e resistência em experimentar outras variedades, causando grandes preocupações entre os pais. Muitas vezes a SA é passageira, fazendo parte da fase de adaptação e desenvolvimento da criança, porém em condições desfavoráveis tornar-se um problema. As crianças com características seletivas têm consumo limitado de alimentos, e na grande maioria das vezes uma dieta baseada em carboidratos e produtos lácteos, alguns casos apresentam crianças que só aceitam alimentos com uma determinada forma de apresentação e técnica de preparo, como

papas e purês mesmo em fase pré-escolar ou consomem um produto apenas se for de uma determinada marca, pois os reconhecem pelo rótulo (KANACHI et al., 2005). Para Mascola et. al (2010) as crianças com seletividade tendem a consumir apenas alimentos preparados da mesma forma e com baixa variedade, não aceitam alimentos novos e podem reagir de forma hostil e negativa quando questionados em relação a sua alimentação.

Almeida et al. (2012) refere-se ao quadro de SA ou “*pick eating*”, como uma dificuldade alimentar na qual a criança só aceita alimentos de acordo com suas características como cheiro, aparência, textura, sabor e consistência. Essa recusa pode ocorrer de forma mais leve quando a criança apresenta rejeição a poucos alimentos ou alguns em específico, ou de forma extensa (em alguns casos a criança só se alimenta de arroz branco), levando a criança a ter aversão a grupos inteiros de alimentos como carnes, frutas, vegetais e lácteos, tornando-se uma situação preocupante.

4.2 Causas e consequências da seletividade alimentar

Quando se discute os fatores que podem estar associados ao desenvolvimento de SA na infância, existem relatos de uma relação entre o desmame precoce e introdução alimentar antes dos seis meses como uma possível causa para o quadro, ou seja, crianças que são amamentadas exclusivamente até seis meses e iniciam sua introdução alimentar complementar após esse período tendem a ter menos chances de desenvolver esse distúrbio alimentar (SHIM et al., 2011).

Para Carruth et al. (1998) a SA é um comportamento que ocorre com mais frequência nas crianças que passam a andar, pois é nesse período que desenvolvem um grau maior grau de autonomia, começam a escolher suas prioridades e ter vontades, as refeições que antes eram a principal atividade do dia, passam a não ser, e o que se torna mais interessante para a criança é socializar e interagir com o ambiente em que vive.

A SA costuma ser notada no período de introdução dos alimentos complementares, em muitos casos a expectativa exagerada dos pais para que os filhos tenham hábitos alimentares saudáveis, podem transforma-se em um

problema. Esse período deve acontecer de forma natural, quando não há uma boa aceitação de determinado alimento, os pais tendem a excluir essa oferta, e a criança não é estimulada a adaptar-se a determinados grupos de alimentares, gerando futuramente um quadro de SA (FISBERG; TOSSATI; ABREU, 2014).

Um estudo realizado mostra que o apetite e o tempo que as crianças seletivas levam para fazer uma refeição também estão relacionados ao problema, 33% das crianças não sentem fome no momento da refeição e levam 19,7 minutos para se alimentar, enquanto entre as crianças seletivas o número aumenta para 52% e 23,3 minutos (REAU; SENTURIA, 1996).

Para Northstrone e Emmett (2012), o problema pode estar associado ao nível de escolaridade da mãe juntamente com a má alimentação e de baixa qualidade. Observa-se também que a mãe tem grande influência na alimentação da criança, mães que apresentam instabilidade emocional, como depressão ou algum tipo de distúrbio alimentar, famílias com uma estrutura familiar inadequada tem um maior índice de crianças demonstrando SA (BARBIN et al., 2007; MADEIRA; AQUINO, 2003).

De acordo com a SBP (2012) a introdução tardia de alimentos e consistências mais sólidas também dificulta um bom desenvolvimento alimentar, é necessário que a criança aprenda aceitar a nova forma de alimentação que está sendo oferecida, deve haver uma oferta gradual de diversos tipos de alimentos e consistências antes do primeiro ano de vida para estimular determinados gostos. Crianças que passam a ingerir alimentos em pedaços somente após os 10 meses tendem a desenvolver mais dificuldades alimentares se comparadas a crianças que iniciaram antes, apresentando problemas na quantidade que consomem e um comportamento seletivo.

É importante ressaltar um dos principais fatos relacionados à causa da SA alimentar, a resistência da criança a experimentar novos alimentos, determinada como neofobia alimentar e geralmente ocorre no período de introdução alimentar, gerando um quadro em que a criança torna-se altamente seletiva com o que irá experimentar e consumir (GALLOWAY; LEE; BIRCH, 2004), é um comportamento de adaptação e comum nas crianças, pois as protege contra alguma possível chance de ingerir substâncias prejudiciais (YAMAMOTO; LOPES, 2004). A aceitação de novos alimentos também está relacionada com a amamentação, o leite materno

possui características sensoriais estabelecidas de acordo com a alimentação da mãe, influenciando no contato que o bebê tem com sabores e cheiros diversos, facilitando a aceitação dos alimentos no momento da introdução alimentar (MAIER et al., 2008; NORTHSTONE; EMMET; NETHERSOLE, 2001).

De acordo com estudos feitos por Babo e Almeida (2013) com 72 pares de crianças, através de análises sobre as características sociodemográficas e grau de neofobia alimentar pela Escala de Neofobia Alimentar (ENA), é na idade escolar pré-escolar que elas demonstram uma maior manifestação de um comportamento neofóbico. Registros referentes à frequência alimentar das crianças foram observados e concluiu-se que filhos de pais que não exercem autoridade e permitem que eles tomem todas as decisões quanto aos seus hábitos alimentares, tem uma grande possibilidade de apresentar neofobia, pois em geral são crianças que demonstram dificuldades em comer a mesma comida que a família está consumindo nem a que é proposta a elas, e os pais tendem a concordar que eles se alimentem de uma comida diferente do restante da família, gerando uma monotonia na alimentação e aumento do comportamento neofóbico. Além disso, costuma existir dois critérios diferentes de alimentação para essas crianças, um no qual o padrão de comida é considerado saudável e tradicional, e um em que a aceitação maior é pelos *fast foods*.

A neofobia alimentar pode apresentar diferentes níveis de rejeição, que vão desde quando em algumas situações o alimento é aceito em pequenas porções até quando ocorre uma completa recusa de qualquer alimento que para a criança é considerado novo (VISALBERGHI; FRAGASZY, 1995). Essa recusa pode ser temporária, e a seletividade diminuir com o passar do tempo, ou podem ocorrer ao longo da vida. Casos como esses merecem uma atenção imediata dos pais, deve-se oferecer a criança os alimentos nos quais ela possui uma preferência juntamente com novos alimentos, demonstrar calma e paciência no momento das refeições, pois se trata de educar o paladar para uma melhor adaptação aos alimentos (SILVA; TELES, 2013).

Para Kanachi et al. (2005) quando a restrição alimentar afeta a ingestão de uma grande quantidade de alimentos afetando a absorção de vários nutrientes, torna-se preocupante pois podem ter como consequências possíveis patologias. Uma dieta monótona pode resultar em danos à saúde, gerando deficiências

nutricionais e doenças crônicas como peso elevado, problemas cardiovasculares e diabetes mellitus tipo II (SKOUTERIS et al., 2010; JEW; ABUMWEIS; JONES, 2009).

Acredita-se que o consumo alimentar das crianças seletivas seja menor, porém em um estudo feito na Universidade do Tennessee (EUA) com crianças em idade de 24 a 36 meses o consumo energético foi de 1472Kcal e média, já nas seletivas foi de 1468Kcal não havendo grandes consequências ao estado de saúde pois a média de peso, estatura, crescimento e consumo energético eram semelhantes (CARRUTH et al., 1998).

No estudo realizado por Ekstein, Laniado e Glick (2010) com objetivo de analisar crianças com dificuldades alimentares que vivem em países desenvolvidos e como o distúrbio alimentar pode interferir no desenvolvimento de ganho de peso e crescimento, foi realizado em um ambulatório específico para crianças com SA nos EUA um acompanhamento nutricional de 36 crianças seletivas e 136 consideradas “normais”. Observou-se que 20,6% das crianças seletivas estavam com baixo peso, e no grupo das crianças com alimentação considerada normal apenas 6,6% apresentavam essa complicação.

Outro estudo realizado por Timimi, Douglas e Tsiftopoulou (1997) no qual houve um acompanhamento nutricional no decorrer de quatro anos, com 33 crianças seletivas, em idade de 4 a 14 anos, sendo que dois terços eram meninos, demonstrou que em uma quantidade mínima de crianças ocorreu atraso no crescimento e ganho de peso, porém as crianças demonstravam várias alterações psicológicas como a ansiedade, compulsões relacionadas a comida, confrontos, hostilidade nos momentos das refeições, principalmente quando tratava-se das crianças menores, e tentativas de mudança de hábitos alimentares frustradas.

Deve se levar em consideração que além de todos os prejuízos nutricionais e conflitos emocionais, crianças com SA podem sofrer danos em sua vida social diariamente, especialmente aquelas que possuem uma restrição alimentar severa, conforme vão crescendo sentem-se envergonhadas pela maneira como se alimentam e como serão interpretadas pelos demais, elas tendem a ficar excluídas por vontade própria e da família, para que não tenha que expor suas dificuldades alimentares (BRYANT-WAUGH et al., 2010).

4.3 Terapia Nutricional e Educação Alimentar Nutricional

O profissional da Nutrição tem o dever de oferecer um diagnóstico, tratamento e acompanhamento adequado de um paciente que apresenta SA, como também de promover e incentivar melhores hábitos e práticas alimentares, estimulando a colaboração de toda a família que está sendo afetada pela dificuldade alimentar que a criança está enfrentando. Para alcançar uma intervenção eficaz devem-se considerar os recursos financeiros, locais e o padrão cultural do paciente, com um planejamento para que a SA não interfira de modo negativo na dieta proposta de acordo com as necessidades nutricionais (CFN, 2005; VIANA, 2002).

O nutricionista dá início ao processo de terapia nutricional com crianças que apresentam SA por métodos de avaliação como inquérito alimentar, questionário de frequência alimentar ou recordatório de hábitos alimentares, no qual obterá informações quantitativas e qualitativas, para diagnosticar a dificuldade alimentar e então iniciar o tratamento, pois assim é possível afirmar como é o padrão alimentar da criança e realizar uma intervenção nutricional adequada e individualizada (CINTRA; VON, 1997).

Sequentemente é realizado um exame físico minucioso para verificar se há alterações clínicas, antropometria e avaliação de exames bioquímicos. É importante ressaltar que a reação dos pais perante o problema alimentar também deve ser observado, pois é necessário total colaboração e interesse dos mesmos. Inserido na intervenção nutricional também estão estratégias que os pais devem utilizar como seguir uma rotina alimentar diária com horários e fracionando corretamente a oferta das refeições, organizar o local aonde a criança vai se alimentar, com uma cadeira adequada e sentada com os demais familiares, não pressionar para que a criança coma e não ofertar “presentinhos” como benefícios (FISBERG; TOSATTI; ABREU, 2014).

Uma das estratégias utilizadas pelo nutricionista em sua conduta nutricional é solicitar que a família faça uma relação dos alimentos que a criança tem preferência, o nutricionista irá sugerir que dois alimentos novos sejam acrescentados na lista a cada semana desde que seja do mesmo grupo alimentar com consistências parecidas, de preferência permitir que a criança tenha contato com as mãos no alimento. Para as crianças que consomem apenas papas ou purês deve-se

aumentar a textura dos legumes gradativamente, os pais devem fazer um diário alimentar para que na próxima consulta com o nutricionista seja possível avaliar alguma melhora (DOUGLAS, 1998).

No período de introdução alimentar que ocorre dos seis aos nove meses o nutricionista orienta aos pais que ofereçam alimentos com variedades de texturas, pois é nessa fase que existe período janela no qual a criança melhor se adapta a diferentes tipos de alimentos, e esse aprendizado é necessário para evitar dificuldades alimentares futuramente (BUTTE et al., 2004).

Além disso, os pais da criança também são orientados que é necessário insistir ao oferecer um novo alimento, segundo Ramos e Stein (2000) a criança precisa se adaptar a cada comida, não só visualmente, mas também pelo cheiro e sabor. É fundamental que o alimento seja ofertado regularmente, em geral a aceitação só ocorre quando a criança ingere o alimento em média de 12 a 15 vezes, sendo essencial que os pais não desistam.

Nos casos mais graves pode haver prescrição de suplementos orais a depender do crescimento da criança e do grau de seletividade, geralmente há necessidade quando o paciente apresenta deficiência de micronutrientes, sendo ingeridos entre as refeições pequenas como lanches da manhã ou tarde e ceia (FISBERG; TOSATTI; ABREU, 2014).

Muitas vezes é necessário o envolvimento de uma equipe multidisciplinar, o acompanhamento de forma conjunta leva a um tratamento mais rápido e eficaz. O médico trata os problemas orgânicos do paciente, o fonoaudiólogo verifica se há alguma dificuldade de sucção, mastigação ou deglutição, e o nutricionista com a terapia nutricional e avaliação antropométrica (OWEN et al., 2012; EDWARDS et al., 2015).

Existem técnicas que auxiliam na EAN de crianças com dificuldades alimentares principalmente na fase escolar, podendo ser aplicada para a prevenção ou tratamento da seletividade.

Uma estratégia eficiente é a aplicação de oficinas culinárias que incentivem que a criança experimente e tenha contato direto com o alimento. Foi realizado uma oficina em uma escola com 20 crianças entre 5 e 7 anos de idade, em que primeiramente os pais responderam um questionário e identificou-se que o alimento menos aceito pelas crianças era o agrião. A oficina teve 3 etapas: Na primeira as

crianças conheceram o alimento rejeitado, descobriram seu nome, textura, cor e cheiro. Na segunda etapa foi o momento de realizar receitas, as escolhidas foram pizza de agrião com queijo e presunto, bolo de agrião e dois sucos. Na terceira etapa as crianças experimentaram as preparações. Concluiu-se que houve aceitação por maioria das crianças ao agrião após a realização da oficina (PEREIRA; TAVARES, 2012). Trata-se de um método mundialmente valorizado, pois são estimulados vários sentidos que auxiliam no desenvolvimento infantil e no processo de alimentação trazendo uma representação do cotidiano no qual as crianças vivem (FAGIOLI; NASSER, 2006; CASTRO et al., 2007; RODRIGUES; RONCADA, 2008).

Maia et al. (2012) realizaram estudos de aplicação de algumas metodologias de EAN em crianças de uma escola de educação infantil privada. São metodologias podem ser aplicadas na prevenção de dificuldades alimentares, dentre as atividades estava a *Dinâmica de Avaliação*, produzidas com materiais didáticos como cartolina, madeira e figuras, e a dinâmica consistia nas crianças colarem figuras de alimentos em dois painéis, uma para alimentos “saudáveis” e outro para alimentos “não saudáveis”, a colagem era feita conforme o conhecimento e a realidade da criança, incentivando para que elas tenham um entendimento de escolha de alimentos que consome. Outra dinâmica interessante é a *Minuto Cinema*, na qual as crianças foram reunidas em um auditório para assistir um vídeo didático, com canções contendo informações sobre alimentos, diferentes tipos de frutas e legumes e seus valores nutricionais, assim despertando o interesse das crianças a experimentar esses alimentos.

O MDS (2013) publicou um caderno de atividades em EAN, com estratégias que podem ser utilizadas para o grupo seletivo. A primeira sugestão é a atividade *Cuidando da alimentação das crianças em 10 passos*, que tem como objetivo o incentivo da alimentação adequada, prevenindo um futuro comportamento seletivo. Na atividade é utilizado o quadro de 10 passos para a alimentação de crianças menores de 02 anos com informações que foram retiradas do Guia alimentar para menores de 02 anos do Ministério da Saúde. Para realizar a atividade é necessário representar os dez passos utilizando cartazes que podem ser colocados na parede, e figuras que os representem. Deve-se ler cada passo com os participantes e pedir que eles afixem as figuras mais apropriadas para representar cada passo. Depois

deve ocorrer uma conversa, com experiências dos participantes sobre cada passo, sem julgar as atitudes “certas” ou “erradas”, mas oferecer orientações adequadas para cada família promovendo uma alimentação melhor.

Quadro 2 - Representação dos dez passos da alimentação saudável para crianças menos de dois anos.

Guia Alimentar elaborado pelo Ministério da Saúde com os 10 passos para a alimentação de crianças menores de 02 anos
Dez passos
<p>Passo 1 - Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento;</p> <p>Passo 2 - Ao completar 6 meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais;</p> <p>Passo 3 - Ao completar 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno;</p> <p>Passo 4 - A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança;</p> <p>Passo 5 - A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; iniciar com a consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família;</p> <p>Passo 6 - Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida;</p> <p>Passo 7 - Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições;</p> <p>Passo 8 - Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação;</p> <p>Passo 9 - Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados;</p> <p>Passo 10 - Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.</p>

Fonte: BRASIL, 2010a; BRASIL, 2002.

A segunda atividade sugerida no caderno de atividade é a *Descobrimos os alimentos por meio dos sentidos*. Tem como objetivo proporcionar o contato da criança com novos alimentos e evitar a monotonia alimentar, prevenindo a neofobia alimentar que é uma das grandes causas da seletividade. Para a realização da atividade é necessário frutas da região devidamente higienizadas. As crianças devem ser vendadas para que descubram quais frutas estão sendo oferecidas, para isso devem sentir o cheiro, tocar para tentar identificar o alimento por sua consistência, tamanho e formas e também experimentar. Essa atividade promove

interação das crianças com os alimentos que por muitas vezes são desprezados, pois na grande maioria das vezes elas não tiveram nenhum contato com o alimento escolhido.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Crianças com SA têm como principal característica a restrição alimentar, levando a uma ingestão limitada do que consomem. A rejeição ocorre pelo cheiro, cor, textura e forma na qual os alimentos são oferecidos e preparados e grande dificuldade em experimentar novos alimentos (neofobia).

Vários fatores podem contribuir para o desenvolvimento de um comportamento seletivo, estudos mostram que pode estar relacionado a IA e desmame de forma precoce, a IA feita de maneira incorreta principalmente quando não há diversidade de alimentos e preparações oferecidas à criança, a questão dos pais não persistirem em oferecer um alimento em que a criança não se adaptou logo de início, ao medo que a criança tem de experimentar novos alimentos (neofobia), a introdução tardia de oferta de alimentos mais sólidos ou em pedaços, ao desenvolvimento de autonomia da criança quando começa a andar e até mesmo a mães que possuem alguma estabilidade emocional ou um baixo nível de escolaridade e conhecimento afetando no comportamento alimentar da criança.

Os hábitos alimentares de crianças seletivas consistem em uma dieta monótona, geralmente rica em carboidratos e produtos lácteos, e suas refeições são diferentes do restante da família, são crianças que tendem a se alimentar somente em casa, por medo de não gostar da refeição que será oferecida em outros locais.

Alguns estudos relatam que a restrição de alimentos interfere no estado nutricional levando a deficiência de vários nutrientes e resultando em uma possível patologia, dietas monótonas tem como consequências danos a saúde, doenças como obesidade, diabetes e problemas cardiovasculares. Não há conclusão que a SA afete no crescimento, peso e estatura da criança, pois alguns estudos relatam que não houve comprometimento e outros dizem que é possível observar um baixo peso nas crianças seletivas, portanto é necessária uma melhor análise em relação a essas consequências.

Portanto é fundamental um acompanhamento nutricional de forma individualizada. O nutricionista solicita a colaboração dos pais para que seja feito diário alimentar, refeições em locais adequados, mudanças de hábitos alimentares e forma de preparo e textura dos alimentos, além de perseverança para oferecer os alimentos rejeitados constantemente para amenizar o problema. Em casos mais

graves é necessário incluir suplementos na dieta, e acompanhamento com equipe multidisciplinar. A aplicação de EAN em longo prazo, de forma pontual também é primordial para incentivar melhores hábitos alimentares e prevenir dificuldades alimentares.

REFERÊNCIAS

ABREU, C. L. M.; FISBERG, M. A. A inapetência na infância. Recusa alimentar: o que fazer com a criança que não come? **Alimentação na Infância**. V.2, n.1, p.1-8, 2003.

ALMEIDA, C.; MELLO, E.; MARANHÃO, H.; VIEIRA, M.; BARROS, R.; FISBERG, M.; BARRETO, J. Dificuldades alimentares na infância: revisão da literatura com foco nas repercussões à saúde. **Pediatria Moderna**. 2012;48:24-6.

BABO, M. I.; ALMEIDA, M. D. V. I. Determinantes da neofobia alimentar em crianças dos 3 aos 5 anos. **SPCNA**, v.19, n.1, 2013.

BIRCH, L. Development of food acceptance patterns. *Developmental Psychology*, v.26, p.515-519, 1990.

BRASIL. Conselho Federal de Nutricionistas (CFN). **Resolução nº 380/2005. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelecem parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências**. Diário Oficial da União; Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). **Caderno de atividades. Educação Alimentar e Nutricional: o direito humano à alimentação adequada e o fortalecimento de vínculos familiares nos serviços socioassistenciais**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

BRYANT, W. R.; KREIPE, R. E., WHALSH, B. T. Feeding and eating disorders in childhood. **Int J Eat Disord**, v.43, n.2, p. 98-111, 2010.

BUTTE, N.; COBB, K.; DWYER, J.; GRANELY, L. Heired W, Rickard K. The start healthy feeding guidelines for infants and toddlers, **J Am Diet Assoc**, p. 104-442, 2004.

CARRUTH B.R.; SKINNER, J.; HOUCK, K.; MORAN, J. The phenomenon of “picky eater”: a behavioral marker in eating patterns of toddlers. **J Am Coll Nutr**, v.19, p.771-780, 1998.

CASTRO, I. R. R.; SOUZA, T. S. N.; MALDONADO, L. A., CANINÉ, E. S.; ROTENBERG, S.; GUGELMIN, E. A. A Culinária na promoção da alimentação saudável: delineamento e experimentação de método educativo dirigido a adolescentes das redes de saúde e de educação. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 20, n. 6, p. 571-588, nov./dez. 2007.

CINTRA I.P.; VON, S. D. M. Métodos e inquéritos dietéticos. **Cad Nutr**, v.13, p.11-23, 1997.

DOUGLAS, J. Why won't my toddler eat? **The Practitioner**, (242):516-22, 1998.

EDWARDS, S.; DAVIS A. M.; ERNST, L. Sitzmann B, Bruce A, Keeler D, et al. Interdisciplinary Strategies for Treating Oral Aversions in Children. **JPEN J Parenter Enteral Nutr**, v.39, n.8, p.899-909, 2015.

EKSTEIN, S; LANIADO, D.; GLICK, B. Does Picky Eating Affect Weight-for-Length Measurements in Young Children? **Clin Pediatr (Phila)**. 20-2017 2010 March 1, 2010; 49(3):217-20.

FAGIOLI, D.; NASSER, L. **Educação nutricional na infância e na adolescência: planejamento, intervenção, avaliação e dinâmicas**. São Paulo: RCN Editora, 2006, p.31-41.

FISBERG, M.; TOSATTI A.; ABREU, C. A criança que não come – abordagem pediátrico comportamental. **Blucher Medical Proceedings**, São Paulo, v. 1, n.4, novembro, 2014.

GALLOWAY, A. T.; LEE, Y.; BIRCH L. L. Predictors and consequences of food neophobia and pickiness in young children, **J Am Diet Assoc**, v.103, 2003.

JEW. S. AbuMweis S. S.; Jones, P. J. H. Evolution of the human diet: linking our ancestral diet to modern functional food as a means of chronic disease prevention. **J Med Food**, v.12, n.5, p.925-934, 2009.

MADEIRA I. R.; AQUINO L. A. Problemas de abordagem difícil: “não come” e “não dorme”. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v.79, 2003.

MAIA, R. E.; LIMA, J.; FERREIRA, J.; PEREIRA, S. J.; ELOI, A. C. A.; Gomes, C. C.; NOBRE, M. M. F. Validação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem na promoção da saúde alimentar infantil. **Nutrição**, v.25, n.1, p. 79-88, 2012

MAIER, A. S.; CHABANET C.; SCHAAL B.; LEATHWOOD P. D. Issanchou SN. Breastfeeding and experience with variety early in weaning increase infants' acceptance of new foods for up to two months. **Clin Nutr**, v.27, n.6, p.846-857, 2008.

MARANHÃO, H.; AGUIAR, R.; LIRA, D.; SALES, M.; NÓBREGA, N. Dificuldades alimentares em pré-escolares, práticas alimentares pregressas e estado nutricional. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v.36, n.1, p. 45-51, março, 2018.

MICALI, N.; SIMONOFF, E.; ELBERLING, H.; RASK, C. U.; OLSEN E. M.; Skovgaard AM. Eating Patterns in a Population-Based Sample of Children Aged 5 to 7 Years: Association With Psychopathology and Parentally Perceived Impairment. **Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics**, v.32, n.8, p.572-580, 2011.

MYERS K. P.; SCLAFANI, A. Development of learned flavor preferences. **Dev Psychobiol**, v.48, n.5, p.380-388, 2006.

NORTHSTONE, K.; EMMETT, P.; NETHERSOLE, F. The effect of age of introduction to lumpy solids on foods eaten and reported feeding difficulties at 6 and 15 months. **J Hum Nutr Diet**, v.14, n.1, p.43-54, 2001.

NORTHSTRONE, K.; EMMETT. P. The associations between feeding difficulties and behaviours and dietary patterns at 2 years of age: the ALSPAC. **Matern Child Nutr**, v.9, 2013.

OWEN, C.; ZIEBELL, L.; LESSARD, C.; CHUERCHER, E.; BOURGET, V.; VILLENUEVE, H. Interprofessional group intervention for parents of children age 3 and younger with feeding difficulties: pilot program evaluation. **Nutr Clin Pract**, v.27, n.1, p. 129-135, 2012.

RAMOS, M.; STEIN, L. M. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. **Jornal de Pediatria**, v.76, n.3, 2000.

REAU, N. R.; SENTURIA, Y.D. Infant and toddler feeding patterns and problems: normative data and new direction. **J Dev Behav Pediatr**, v.17, p.149-153, 1996.

RODRIGUES, L. P. F.; RONCADA, M. J. Educação nutricional no Brasil: evolução e descrição de proposta metodológica para escolas. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 19, n. 4, p. 315-322, out./dez. 2008.

SAMPAIO, A.; NOGUEIRA, T.; GRIGOLON, R.; ROMA, A.; PEREIRA, L.; DUNKER, K. Seletividade alimentar: uma abordagem nutricional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, São Paulo, v.62, n.2, p. 164-170, fev./maio, 2013.

SHIM, J.E.; KIM J.; MATHAI, R. A.; STRONG Kids Research Team. Associations of infant feeding practices and picky eating behaviors of preschool children. **J Am Diet Assoc**, 2011.

SILVA, A. I.; TELES, A. Neofobias Alimentares: importância na prática clínica. **Nascer e Crescer**, Porto, v.22, n.3, p. 167-170, set. 2013 .

SKINNER, J. D.; CARRUTH, B. R.; WENDY, B. Children's food preferences: a longitudinal analysis. **J Am Diet Assoc**, v.102, p.1638-1647, 2002.

SKOUTERIS, H.; MCCABE, M.; SWINBURN B.; HILL, B. Healthy eating and obesity prevention for preschoolers: a randomised controlled trial. **BMC Public Health**, 2010.

TIMIMI, S.; DOUGLAS, J.; TSIFTSOPOULOU, K. Selective eaters: a retrospective case note study. **Child Care Health Dev**, v.23, n.3, p. 265-278, 1997.

VIANA, V. Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do compartimento alimentar. **Anál Psicol**, v.20, n.3, p. 611-614, 2002.

WARDLE, J.; COOKE, L. Genetic and environmental determinants of children's food

YAMAMOTO, M. E.; LOPES, F. A. Dize-me o que falas e te direi o que comes: aquisição da linguagem e composição da dieta em crianças, **Casa do Psicólogo**, São Paulo.